Automne 2007
Volume XXXI, Numéro 3

Dans ce numéro

2 Mot de la direction
3 Résolutions de l'ACSP 2007
7 Coin des étudiants
7 À venir
9 Partenaires autour du monde

CPHA•ACSP sélection santé
CANADA'S PUBLIC HEALTH LEADER
LE LEADER CANADIEN EN SANTÉ PUBLIQUE

L'ACSP lance sa nouvelle image

Après de nombreux mois de planification, de consultation et de mises à l'essai auprès de groupes cibles, on a procédé au dévoilement officiel de la nouvelle image de marque de l'ACSP lors de l'assemblée générale annuelle de l'Association en septembre dernier, à Ottawa.

Le nouveau logo s'inspire du caractère distinctif et de la tradition associés à l'ancien logo, Hygieia, la déesse de la santé. Le nouveau logo est une version moderne d'Hygieia, plus puissante et distincte que la version précédente tout en étant simplifiée, ce qui facilite la communication du message visé.

Le nouveau logo est une image sans distinction de genre dont la forme vise à suggérer l'inclusion, l'approche holistique de la santé publique et la planète – reconnaissant la nature mondiale des défis en matière de santé publique et les travaux de l'ACSP au Canada et à l'étranger.

En janvier 2007, le conseil d'administration de l'Association a approuvé le concept du nouveau logo. On a ensuite invité le conseil consultatif et les membres de l'ACSP à examiner en ligne le logo proposé et à formuler leurs commentaires.

De plus, l'Association a lancé son site Web remanié lors de sa conférence annuelle 2007. Grâce à la nouvelle interface, les membres de l'ACSP et d'autres personnes qui s'intéressent à la santé publique trouveront plus facilement l'information recherchée. Durant les prochains mois, on continuera de travailler à l'amélioration du site et à l'élaboration de son contenu.

ACSP Programme des prix 2007

Chaque année, l'Association canadienne de santé publique rend hommage aux personnes et aux organismes qui rendent des services éminents à leur collectivité et à leur profession. Les candidatures pour ces prix prestigieux sont proposées par les membres de l'ACSP.

Dr Perry R.W. Kendall

Prix R.D. Defries et Membre honoraire à vie

Perry Kendall est directeur de la Santé de la Colombie-Britannique depuis le 3 mai 1999. Il exerce depuis 25 ans dans les domaines de la santé publique et de la médecine communautaire en Ontario et en Colombie-Britannique, au palier municipal et provincial. Il a été médecin-hygiéniste de la région sanitaire de la capitale (Capital Health Region), en Colombie-Britannique, et de la ville de Toronto, en Ontario; conseiller spécial du sous-ministre (Ontario); président-directeur général de la Fondation de la recherche sur la toxicomanie pendant trois ans (Ontario); et vice-président responsable de la santé des aînés pour la Capital Health Region (Colombie-Britannique).

Dr Robert Bourdeau

Membre honoraire à vie

Après avoir obtenu un baccalauréat et un diplôme de médecine, Robert Bourdeau est devenu associé du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada en chirurgie orthopédique. Il a d'abord exercé en pratique clinique, puis comme consultant pour une régie provinciale. En 1985, il a accepté le poste de médecin-hygiéniste de la circonscription sanitaire de l'Est de l'Ontario, à Cornwall, où il est resté 22 ans. Entre-temps, il a obtenu deux diplômes de maîtrise, l'un en administration

...voir Programme des prix, à la page 8

La santé publique au Canada :
Vers une réduction des inégalités en santé par la recherche et l'action

Public Health in Canada:
Reducing Health Inequalities Through Evidence and Action

www.cpha.ca

2008 Conférence annuelle de l'Association canadienne de santé publique

Du 1er au 4 juin 2008
World Trade and Convention Centre
Halifax (Nouvelle-Écosse)

En collaboration avec l'Initiative sur la santé de la population canadienne de l'Institut canadien d'information sur la santé, l'Institut de la santé publique et des populations des Instituts de recherche en santé du Canada, les Centres de collaboration nationale en santé publique et l'Agence de santé publique du Canada

Avec le concours de l'Association pour la santé publique de Nouvelle-Écosse

Sélection Santé ACSP
Association canadienne de santé publique

Volume XXXI, Numéro 3
Automne 2007

Sélection Santé ACSP est une publication officielle de l'Association canadienne de santé publique qui paraît quatre fois par an. Elle est envoyée gratuitement aux membres en règle de l'Association.

ISSN 1187-788X

Imprimé sur papier recyclé

Siège social :
Association canadienne de santé publique
1565, avenue Carling, pièce 400
Ottawa (Ontario) K1Z 8R1 Canada
613-725-3769 Téléc. : 613-725-9826
Courriel : info@cpha.ca

Directrice de rédaction :
Debra Lynkowski

Production :
Ian Culbert

Rédactrice adjointe :
Karen Craven

Directrice de la diffusion :
Doris Amo

Traduction :
Traductions Houle Inc.

Énoncé de mission

L'Association canadienne de santé publique est une association bénévole nationale, indépendante et sans but lucratif, représentant la santé publique au Canada et ayant établi des liens étroits avec la communauté de santé publique internationale. Les membres de l'ACSP croient fermement à l'accès universel et équitable aux conditions de base qui sont nécessaires pour réaliser la santé pour tous les Canadiens.

En tant que ressource nationale spécialisée au Canada, l'ACSP a pour mission de promouvoir l'amélioration et la préservation de la santé personnelle et communautaire, conformément aux principes de santé publique en matière de prévention de la maladie, de promotion et de protection de la santé et de politique publique favorisant la santé.

LE MOT DE LA DIRECTION

Quatre jours en septembre

Pendant quatre jours en septembre, dans le cadre de la conférence annuelle 2007 de l'ACSP, 1000 professionnels de la santé publique se sont réunis à Ottawa pour partager leurs programmes, recherches, politiques et pratiques. La conférence de l'ACSP représente le plus important regroupement annuel au Canada d'experts de la santé publique, de personnes clés d'associations professionnelles, d'organismes non gouvernementaux, d'universitaires et de divers ordres du gouvernement. Comme lors des années précédentes, le forum offrait aux parties prenantes et aux partenaires l'occasion unique de travailler en collaboration pour faire avancer le programme de santé publique.

L'importance que représente le partenariat était un thème récurrent tout au long de la conférence. Le partenariat qu'entretient l'ACSP avec l'Agence de la santé publique du Canada, l'Initiative sur la santé de la population canadienne de l'Institut canadien d'information sur la santé et l'Institut de la santé publique et des populations des Instituts de recherche en santé du Canada demeure un élément déterminant de la conférence et essentiel à sa réussite. Cette année, nous avons également eu le plaisir d'établir un partenariat avec la Conférence canadienne de géomatique en santé publique, démontrant encore une fois la capacité de notre collectivité à intégrer les connaissances dans l'ensemble des disciplines.

Lors de la conférence, j'ai eu l'occasion de discuter avec de nombreuses personnes, et plusieurs m'ont donné leur opinion relativement à ce qui « l'a fait fonctionner ». Dans leurs propres mots :

- « *Le programme tenait vraiment compte de la grande diversité de la pratique de la santé publique – on y abordait de nombreux de sujets, allant de la santé mentale et de la prévention des blessures aux systèmes d'information en géomatique et aux compétences fondamentales. J'ai même assisté à une séance sur le renforcement de la capacité d'immunisation dans des pays comme le Nigeria.* » (La diversité du programme nous rappelle également que nous sommes plus efficaces lorsque nous travaillons tous ensemble, dans la même direction, en mettant l'accent sur les capacités et les ressources des partenaires gouvernementaux, non gouvernementaux et du secteur privé.)
- « *J'ai aimé que l'on mette l'accent sur les initiatives nationales et mondiales – la capacité en santé publique est une question qu'il faut aborder partout.* »
- « *Le programme démontrait vraiment que l'ACSP et ses partenaires sont engagés envers le renforcement des capacités chez la prochaine génération de leaders en santé publique.* » (La conférence de cette année mettait en vedette plusieurs activités/événements destinés aux étudiants et aux stagiaires qui ont un intérêt dans la recherche, les politiques et la pratique relativement à la santé publique. La santé publique est en période de renouvellement à de multiples niveaux – non seulement en ce qui concerne l'élaboration de politiques et le développement de l'infrastructure, mais également la formation de l'effectif de la santé publique. Pour mettre à profit sa formation, la prochaine génération de chercheurs, de décideurs et de praticiens en santé publique doit participer à ce renouvellement.)
- « *Le forum public sur l'environnement était fantastique.* » (Grâce au leadership de l'Association pour la santé publique de l'Ontario, le forum public a été couronné de succès, attirant un nombre sans précédent de participants, soit près de 1 500. L'attrait de ce débat, mettant en vedette M. David Suzuki, D^re^ Lynn Marshall et M^me^ Ingrid Iremark, ambassadrice de Suède au Canada, reposait sur le fait qu'il a démontré que la santé et l'environnement figurent maintenant au premier rang du programme public et qu'ils sont au cœur des préoccupations de la population canadienne.)

...voir Le mot de la direction, à la page 5

Résolutions de l'Association canadienne de santé publique 2007

Les résolutions suivantes ont été présentées et mises aux voix à l'assemblée générale annuelle (AGA) de l'Association canadienne de santé publique (ACSP) à Ottawa (Ontario) le lundi 17 septembre 2007.

2007 – Résolution n° 1 de l'ACSP
La prévention des chutes et les codes du bâtiment

ATTENDU QUE l'on s'attend à une croissance rapide de la population âgée au Canada au cours des prochaines décennies (selon les prévisions, 20 % des Canadiens auront 65 ans et plus en 2026, contre 12 % en 1998);

ATTENDU QUE chaque année, une personne âgée sur trois fait une chute;

ATTENDU QUE les chutes sont la cause de 87 % des fractures subies par les personnes de 65 ans et plus;

ATTENDU QUE 60 % des chutes mortelles se produisent à la maison, 30 % dans les lieux publics et 10 % dans les établissements de soins;

ATTENDU QUE les chutes représentent 56 % (2,4 milliards de dollars) des coûts directs en soins de santé aux personnes âgées;

ATTENDU QUE les chutes sont la sixième cause de mortalité et l'une des principales causes de limitations fonctionnelles de courte et de longue durée chez les aînés au Canada;

ATTENDU QUE les chutes dans les salles de bain et les escaliers représentent de 20 à 30 % des chutes chez les aînés;

ATTENDU QUE près de deux décennies de recherches en milieu communautaire et en laboratoire ont produit des preuves définitives et péremptoires quant aux caractéristiques de sécurité des escaliers et à celles des barres d'appui installées dans les baignoires et les douches;

ATTENDU QUE les codes actuels du Conseil national de recherches ne prescrivent pas des normes de sécurité aussi strictes pour les escaliers dans les maisons et les petits bâtiments que pour les escaliers dans les édifices publics;

ATTENDU QUE les codes actuels du Conseil national de recherches n'exigent pas l'installation universelle de barres d'appui dans les baignoires et les douches des maisons, des petits bâtiments ou des immeubles d'appartements;

ATTENDU QUE les membres de l'Association canadienne de santé publique ont adopté en 2003 une motion visant à renforcer les codes du bâtiment afin de réduire les chutes chez les aînés;

ATTENDU QU'une demande d'ajout prescrivant la présence de barres d'appui dans les baignoires et les douches des maisons, des petits bâtiments et des immeubles d'appartements doit être étudiée lors du cycle actuel de modification des codes du bâtiment, et que des lettres de soutien à cette demande ont été soumises au Conseil national de recherches;

ATTENDU QUE le groupe de travail du Conseil national de recherches chargé d'étudier les normes de sécurité des escaliers, des rampes d'accès, des mains courantes et des garde-corps doit examiner la pertinence d'appliquer aux escaliers des constructions résidentielles les normes plus strictes touchant les escaliers des édifices publics;

ATTENDU QU'il y a plus de 200 000 mises en chantier d'habitations au Canada chaque année (la SCHL en prévoit 209 500 en 2007), et que les retards dans l'apport de modifications scientifiquement fondées aux codes du bâtiment contribuent à élargir le parc canadien de logements ne répondant pas aux normes de construction éprouvées pour ce qui est de la sécurité des escaliers et des barres d'appui dans les baignoires et les douches;

ATTENDU QUE les modifications aux codes du bâtiment du Conseil national de recherches qui sont adoptées dans les lois provinciales et territoriales ne s'appliquent qu'aux nouveaux bâtiments et aux rénovations majeures de bâtiments existants dans chaque province et territoire;

QU'IL SOIT DÈS LORS RÉSOLU QUE l'Association canadienne de santé publique exhorte la Commission canadienne des codes du bâtiment et de prévention des incendies à examiner les modifications proposées aux normes visant les barres d'appui dans les salles de bain (cf. 3.7.2.9 et 9.31.2.3) lors du cycle actuel des modifications aux codes nationaux de construction;

ET QU'IL SOIT EN OUTRE RÉSOLU QUE l'ACSP avise ses membres des dates des consultations publiques sur les codes du bâtiment et les exhorte à participer aux consultations visant les modifications proposées par le groupe de travail chargé d'étudier les normes de sécurité des escaliers, des rampes d'accès, des garde-corps et des mains courantes; ainsi qu'aux consultations sur les modifications proposées par le Comité permanent de l'usage et de l'évacuation des bâtiments et par le Comité permanent des maisons et petits bâtiments;

ET QU'IL SOIT EN OUTRE RÉSOLU QUE l'ACSP publie, avant les consultations publiques, un sommaire des preuves à l'appui des modifications proposées aux codes du bâtiment;

ET QU'IL SOIT EN OUTRE RÉSOLU QUE l'ACSP exhorte la Fédération canadienne des municipalités à envisager des modifications aux règlements municipaux pour exiger la modernisation des édifices publics et des maisons et immeubles résidentiels pour améliorer la sécurité des escaliers et des salles de bain.

ADOPTÉE…/

BIBLIOGRAPHIE

1. Aminzadeh F, Edwards N. Exploring seniors' views on the use of assistive devices in fall prevention, *Public Health Nursing* 1998;15(4):297-3.
2. Aminzadeh F, et coll. Utilization of bathroom safety devices, patterns of bathing and toileting, and bathroom falls in a sample of community living older adults, *Technology and Disability* 2000;13:95-103.
3. Braithwaite RS, Col NF, Wong JB. Estimating hip fracture morbidity, mortality and costs, *Journal of the American Geriatrics Society* 2003;51:364-70.
4. Association canadienne de normalisation. *Conception accessible pour l'environnement bâti*, B651-F04, Mississauga (Ontario), 2004.
5. Clemson L, Cummin RG, Roland M. Case-control study of hazards in the home and risk of falls and hip fractures, *Age and Ageing* 1996;25:97-101.
6. Edwards N, et coll. Predictors of bath grab-bar use among community-living older adults, *Canadian Journal on Aging* 2002;22(2):217-27.
7. Edwards N, et coll. Access to bathtub grab bars: Evidence of a policy gap, *Canadian Journal on Aging* 2006;25(3):295-304.
8. Freedman VA, et coll. Promoting declines in the prevalence of late-life disability: Comparisons of three potentially high-impact interventions, *The Milbank Quarterly* 2006;84(3):493-520.
9. Guitard P, et coll. *How effective are bath grab bars for stopping a fall when you lose your balance?* Projet de rapport final présenté à la Société canadienne d'hypothèques et de logement, 2006.
10. Lockett D, Aminzadeh F, Edwards N. Development and evaluation of an instrument to measure seniors' attitudes toward the use of bathroom grab bars, *Public Health Nursing* 2002;19(5):390-97.
11. Magaziner J, et coll. Recovery from Hip Fracture in Eight Areas of Functions, *Journal of Gerontology: Medical Sciences* 2000;55A(9):M498-507.
12. Maki BE, et coll. Getting a grip on stairs: Research to optimize effectiveness of handrails. Dans : Pikaar RN, Koningsveld EAP, Settels PJM, (éd.), *Proceedings IEA 2006 Congress*, Amsterdam, Elsevier, 2006:466904674 (article n° 778).
13. Commission ontarienne des droits de la personne. *Mémoire de la Commission ontarienne des droits de la personne au sujet des dispositions du*

Code du bâtiment de l'Ontario concernant l'aménagement pour accès facile, 1er mars 2002. Sur Internet : http://www.ohrc.on.ca/fr/resources/submissions/BuildingCodeSubmissionFREN (version anglaise consultée le 1er mai 2007).
14. Roys M. *Handrails*, BRE Environment, Wartford (Royaume-Uni), octobre 2002.
15. Stevens JA, et coll. The costs of fatal and non-fatal falls among older adults, *Injury Prevention* 2006;12:290-95.
16. Sveistrup H, et coll. Evaluation of bath grab bar placement for older adults, *Technology and Disability* 2006;13(39):1-11.
17. Société canadienne d'hypothèques et de logement. *Le rythme des mises en chantier d'habitations ralentira en 2006*, 10 mai 2006. Sur Internet : http://www.cmhc.ca/fr/inso/sapr/co/2006/2006-05-10-0815.cfm (version anglaise consultée le 1er mai 2007).
18. Santé Canada. *Les aînés au Canada*, préparé par Statistique Canada pour la Division du vieillissement et des aînés de l'Agence de santé publique du Canada. Sur Internet : http://www.hc-sc.gc.ca/seniors-aines/pubs/factoids/1999/pdf/entire_f.pdf (version anglaise consultée le 1er mai 2007).

2007 – Résolution n° 2 de l'ACSP

Réglementation des substances psychotropes au Canada

ATTENDU QUE les substances psychotropes* sont un sujet de préoccupation constant et très en vue en raison des effets néfastes qui leur sont associés. Selon des estimations prudentes, ces substances sont liées à au moins 47 000 décès par année au Canada (21 % de tous les décès) et représentent un coût annuel de près de 40 milliards de dollars. La plupart de ces décès et de ces coûts sont causés par des substances licites mal réglementées, plus précisément le tabac et l'alcool[1];

ATTENDU QUE la consommation de substances est une pratique courante et qu'elle est en grande partie bénéfique ou non nocive, mais que certaines formes de consommation sont néfastes pour le consommateur et pour son milieu de vie[2];

ATTENDU QUE la consommation consensuelle et éclairée de substances psychotropes est un droit fondamental qui ne doit faire l'objet de sanctions pénales que pour prévenir les torts causés à autrui[3];

ATTENDU QUE les personnes qui consomment de la drogue sont reconnues comme possédant la même dignité que tous les autres êtres humains, avec toutes les conséquences éthiques que suppose cette réalité morale[4];

ATTENDU QUE l'on reconnaît de plus en plus le fait troublant que la prohibition aveugle de certaines substances (cannabis, opiacés, stimulants) est en fait la cause de nombreux méfaits[5,6,7,8,9,10];

ATTENDU QUE l'on reconnaît de plus en plus l'inefficacité de la prohibition comme moyen de réduire la consommation des drogues illicites[3], tandis que la réduction des méfaits, la promotion de la santé et la réglementation ont fait leurs preuves[11];

ATTENDU QUE la loi est un puissant outil de protection et d'amélioration de la santé, et que le recours inapproprié à la loi dans le cas des substances psychotropes contribue à bon nombre de décès, de maladies et de problèmes sociaux[12,13];

ATTENDU QUE les cadres législatifs et stratégiques portant sur les substances psychotropes se sont laissés dépasser par les pratiques exemplaires éprouvées en matière de santé et doivent être modernisés[14];

ATTENDU QU'une approche exhaustive à l'égard de la consommation de substances psychotropes doit être fondée sur une analyse et une évaluation précises des avantages et des risques, avec une pondération et une intégration appropriées des quatre piliers que sont la prévention, la réduction des méfaits, le traitement et l'application de la loi, et qu'une telle approche suppose que l'on investisse les ressources nécessaires dans la promotion de la santé, la sensibilisation, la protection de la santé, la réduction de la discrimination, la réadaptation, la recherche et l'observation des tendances[15,16,17];

ATTENDU QUE l'échec de l'approche fondée sur la prohibition (étant donné le tort additionnel qu'elle cause) rend plus pressante la recherche de solutions de rechange[4,5,18,19];

ATTENDU QU'en matière de réglementation des substances psychotropes, on élabore actuellement des modèles de rechange axés sur les modifications à la chaîne d'approvisionnement pour protéger et promouvoir la santé du public[9,20,21];

ATTENDU QUE la difficulté principale est d'élaborer des approches cohérentes, efficaces et efficientes qui réduisent le plus possible les méfaits associés aux substances psychotropes tout en maximisant leurs avantages, qui tiennent compte du fait que la plupart du temps, la consommation de ces substances ne cause aucun tort à la société, et qui ne créent pas de torts additionnels en voulant appliquer des mesures de contrôle[22];

QU'IL SOIT DÈS LORS RÉSOLU QUE l'ACSP exhorte le gouvernement du Canada à établir à l'échelle nationale, en consultation avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, un groupe directeur sur la réglementation des substances psychotropes chargé de proposer des améliorations aux politiques et règlements sur le tabac, l'alcool, le cannabis, les opiacés, les stimulants, les hallucinogènes et les sédatifs et hypnotiques. Ce groupe, qui se veut représentatif, comprendrait entre autres des fonctionnaires de tous les ordres de gouvernement et des membres d'organismes non gouvernementaux, ainsi que des représentants d'associations de producteurs et de consommateurs et des milieux de la santé, de l'éducation, des services sociaux et de la justice pénale. Il aura pour mandat d'élaborer des propositions de politiques et de lois sur certaines substances, en s'inspirant d'un cadre stratégique global fondé sur une approche de santé publique.

ADOPTÉE TELLE QU'AMENDÉE…/

* L'alcool, le tabac et les médicaments d'ordonnance ayant des propriétés renforçatrices (somnifères et analgésiques), ainsi que les substances illicites comme la marijuana, la cocaïne, la méthamphétamine, l'ecstasy et l'héroïne.

BIBLIOGRAPHIE

1. Rehm J, et coll. *Les coûts de l'abus de substances au Canada 2002*, Ottawa (Ontario), Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 2006.
2. *Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC) : Une enquête nationale sur la consommation d'alcool et d'autres drogues par les Canadiens : La prévalence de l'usage et les méfaits : Rapport détaillé*, Ottawa, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 2005.
3. Nolin PC. *Le cannabis : Positions pour un régime de politique publique pour le Canada*, rapport du Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites, Ottawa (Ontario), Sénat du Canada, 2005.
4. Roy D. L'injection de drogue et le VIH/sida : analyse éthique de questions prioritaires. Dans : *L'injection de drogue et le VIH/sida : questions juridiques et éthiques : documents de fond*, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida, 1999, B55.
5. Drucker E. Drug prohibition and public health: 25 years of evidence, *Public Health Rep* 1999; 01; 114(1): 14-29.
6. Health Officers Council of British Columbia. *A Public Health Approach to Drug Control in Canada: Discussion Paper*, Colombie-Britannique, 2005.
7. Transform. Drug Policy Foundation. *After the War on Drugs – Options for Control*, Royaume-Uni, mars 2006.
8. DeBeck K, et coll. La Stratégie canadienne antidrogue renouvelée en 2003 — Examen basé sur les données, *Revue VIH/sida, droit et politiques* 2006; 11(2/3): 1-11.
9. City of Vancouver. *Preventing Harm from Psychoactive Substance Use*, Vancouver (Colombie-Britannique), 2005.
10. Health Officers Council of British Columbia. *Regulation of Psychoactive Substances in Canada: Seeking a Coherent Public Health Approach*, Colombie-Britannique.
11. Stockwell T. *Preventing harmful substance use : The evidence base for policy and practice*, Chichester (Angleterre) et Hoboken (New Jersey), John Wiley & Sons, 2002.

12. Babor T, et coll. *Alcohol: No Ordinary Commodity: Research and Public Policy*, New York, Oxford University Press, 2003.
13. Callard C, Thompson D, Collishaw N. *Curing the Addiction to Profits: A Supply-Side Approach to Phasing Out Tobacco*, Ottawa (Ontario), Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 2005.
14. Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. *Cadre national d'action pour réduire les méfaits liés à la consommation d'alcool et aux autres drogues et substances au Canada*, 1e édition, Ottawa (Ontario), 2005.
15. Réseau juridique canadien VIH/sida. *Interdiction d'accès : les pratiques policières et le risque de VIH pour les personnes qui utilisent des drogues*, Toronto (Ontario), 2007.
16. McPherson D. *A Framework for Action: A Four Pillar Approach to Drug Problems in Vancouver*, Vancouver (Colombie-Britannique), Department of Drug Policy, City of Vancouver, 2001.
17. City of Toronto. *The Toronto Drug Strategy: A Comprehensive Approach to Alcohol and Other Drugs*, Toronto (Ontario), 2005.
18. Health Officers Council of British Columbia. *A Public Health Approach to Drug Control in Canada*, Victoria (Colombie-Britannique), 2005.
19. City of Vancouver. *Preventing Harm from Psychoactive Substance Use*, Vancouver (Colombie-Britannique), Drug Policy Program, 2005.
20. Callard C, Thompson D, Collishaw N. Transforming the tobacco market: why the supply of cigarettes should be transferred from for-profit corporations to non-profit enterprises with a public health mandate, *Tobacco Control* 2005;14:278-83.
21. Borland R. A strategy for controlling the marketing of tobacco products: a regulated market model, *Tobacco Control* 2003; 12: 374-82.
22. RSA Commission on Illegal Drugs, Communities and Public Policy. *Drugs: Facing Facts*, Londres, Royal Society for the Encouragement of Arts, Manufactures & Commerce, 2007.

2007 – Résolution n° 3 de l'ACSP
Règlement régissant la marche au ralenti

ATTENDU QUE 16 000 Canadiens meurent prématurément de maladies liées à la pollution atmosphérique, et que des milliers d'autres en tombent malade inutilement[1,2,3,4];

ATTENDU QUE les enfants sont particulièrement vulnérables à la pollution atmosphérique[2,5];

ATTENDU QUE les émissions des voitures, des camions et des autobus sont parmi les principales sources de polluants associés au smog[6,7];

ATTENDU QUE 10 secondes de ralenti consomment plus d'essence que le démarrage du moteur[8], et qu'un véhicule émet près de 20 fois plus de polluants au ralenti qu'en roulant à 50 kilomètres à l'heure;

ATTENDU QUE chaque jour, les Canadiens gaspillent plus d'un million de dollars de carburant en laissant tourner leur moteur au ralenti[2];

ATTENDU QU'il n'est pas nécessaire de faire tourner le moteur au ralenti plus de 30 secondes pour le réchauffer[5];

ATTENDU QUE certaines municipalités canadiennes, y compris de grands centres comme Toronto et Vancouver, ont réussi à faire adopter des règlements régissant la marche au ralenti[9];

ATTENDU QUE les règlements régissant la marche au ralenti réduisent l'empreinte écologique des administrations qui adoptent ces règlements en réduisant la combustion de carburants à base de carbone dans les transports[6];

ATTENDU QU'un tel geste est un moyen de lutter contre les changements climatiques et de conserver une ressource énergétique non renouvelable[10];

QU'IL SOIT DES LORS RÉSOLU QUE l'Association canadienne de santé publique exhorte la Fédération canadienne des municipalités à élaborer une réglementation type régissant la marche au ralenti des véhicules automobiles, inspirée des clauses et des restrictions figurant dans les règlements existants des municipalités canadiennes régissant la marche au ralenti, et à en recommander l'adoption et l'exécution à ses membres.

ADOPTÉE TELLE QU'AMENDÉE…/

BIBLIOGRAPHIE

1. Judek, S et coll. *Estimated Number of Excess Deaths in Canada Due To Air Pollution*, Ottawa (Ontario), Santé Canada et Environnement Canada, 2004 : http://www.gvrd.bc.ca/air/pdfs/AirPollutionDeaths.pdf.
2. Environnement Canada. *Estimations révisées du nombre de décès que l'on peut attribuer à la pollution atmosphérique chaque année au Canada*, 2006 : http://www.ec.gc.ca/cleanair-airpur/default.asp?lang=Fr&n=2BFC7599-1
3. Office de l'efficacité énergétique. *La marche au ralenti et les changements climatiques vont de paire* [sic], Ottawa (Ontario), Ressources naturelles Canada, 2006 : http://oee.nrcan.gc.ca/transports/marche-au-ralenti/enjeux/ralenti-cause-probleme.cfm?attr=8.
4. Santé de l'environnement et du milieu de travail. *Qualité de l'air et ses effets sur la santé*, Ottawa (Ontario), Santé Canada, 2006 : http://www.hc-sc.gc.ca/ewh-semt/air/out-ext/effe/health_effects-effets_sante_f.html.
5. Stefani, D, Mohapatra A. *Répercussions, pour la santé publique, de la densité de la circulation et de la marche au ralenti des véhicules sur la qualité de l'air*, Calgary (Alberta), Environmental Health, Calgary Health Region, 2003 : *http://oee.nrcan.gc.ca/transports/entreprises/documents/rapports-marche-au-ralenti/sante-publique.cfm?attr=16.*
6. Conseil canadien des ministres de l'environnement. La réduction du smog, Ottawa (Ontario), Environnement Canada, 2002 : http://www.atl.ec.gc.ca/epb/ccme/smog_f.html.
7. Environnement Canada. *Sources de pollution : Transports*, Ottawa (Ontario), 2006: http://www.ec.gc.ca/cleanair-airpur/default.asp?lang=Fr&n=800CCAF9-1.
8. Office de l'efficacité énergétique. *La marche au ralenti : les mythes et la réalité*, Ottawa (Ontario), Environnement Canada, 2006 : http://oee.nrcan.gc.ca/communautes-gouvernement/transports/municipal-communautes/articles/marche-au-ralenti-mythes.cfm?attr=8.
9. Penney, J, et coll. *Lutte contre la marche au ralenti : Guide d'introduction destiné aux municipalités canadiennes sur l'élaboration et l'application du règlement régissant la marche au ralenti*, Toronto (Ontario), Clean Air Partnership : http://oee.nrcan.gc.ca/communautes-gouvernement/transports/municipal-communautes/rapports/index.cfm?attr=8.
10. Office de l'efficacité énergétique. *La carotte, le bâton ou une savante combinaison des deux – Des outils pour réduire la marche au ralenti des moteurs dans les communautés canadiennes*, Ottawa (Ontario), Environnement Canada : http://oee.nrcan.gc.ca/communautes-gouvernement/transports/municipal-communautes/rapports/carotte-baton/index.cfm?attr=8munities/reports/carrot-stick-combo/index.cfm?att

Le mot de la direction, de la page 2

Une conférence de cette ampleur est le résultat du dur labeur et de l'engagement inébranlable d'un grand nombre de personnes. Au nom du conseil d'administration et du personnel de l'ACSP, j'aimerais remercier tout particulièrement :

- nos partenaires : l'ASPC, l'ISPC–l'ICIS, l'ISPP–l'IRSC et GéoConnexions;
- notre présidente de la conférence, Erica Di Ruggiero;
- les membres du comité directeur et des sous-comités de la conférence et nos examinateurs scientifiques;
- le personnel et les bénévoles de l'Association pour la santé publique de l'Ontario;
- nos généreux exposants et commanditaires qui nous ont accordé leur appui.

La prochaine conférence doit avoir lieu du 1er au 4 juin 2008 à Halifax (Nouvelle-Écosse) – alors marquez cette date!

Debra Lynkowski, chef de direction

Sensibiliser les étudiants postsecondaires au Réseau canadien de la santé (RCS)

Des infos qui font corps avec votre santé

Le RCS a pour objectif de fournir aux Canadiens de l'information fiable en matière de santé. En tant qu'affilié du RCS, nous cherchons toujours des façons novatrices d'y parvenir. Une de nos récentes initiatives était notre tournée de la rentrée scolaire.

À la fin août et au début septembre, les collèges et universités du Canada organisent des activités dans le cadre de la rentrée scolaire, comme des foires d'information ou une « semaine 101 », pour souhaiter la bienvenue aux étudiants et leur fournir l'information dont ils ont besoin pour vivre une expérience scolaire positive et saine.

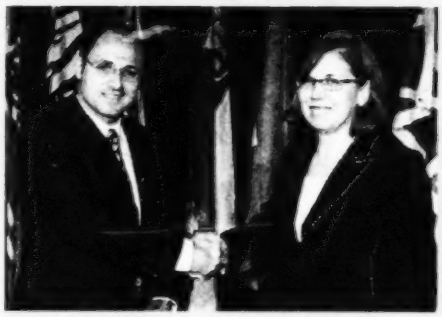
Pour la troisième année, l'ACSP s'est jointe à d'autres affiliés du RCS à Ottawa pour joindre les étudiants postsecondaires de la région en étant présente lors de ces activités. Le personnel des affiliés a préparé une table d'information contenant des ressources et a parlé du site Web du RCS avec les étudiants, lequel aborde divers sujets liés à la santé, y compris des sujets qui peuvent être particulièrement pertinents pour les étudiants comme la sexualité, la santé génésique, la consommation de drogue et le VIH/sida.

Cette année, nous avons assisté à des activités qui se sont déroulées à l'Université Carleton et à l'Université d'Ottawa, nous permettant de fournir à de jeunes adultes de l'information en matière de santé. Nous avons pu rencontrer en personne des étudiants et des éducateurs dans le but de partager nos ressources et d'entamer une discussion franche.

L'intérêt et l'ouverture d'esprit que nous avons constatés sont très encourageants et nous cherchons actuellement des façons de partager cette initiative réussie avec des affiliés dans d'autres régions du Canada.

Merci à ces organismes affiliés du RCS pour leur contribution dans le cadre de la tournée de cette année : la Fédération canadienne pour la santé sexuelle, l'Organisation nationale de santé autochtone, la Fédération canadienne des services de garde à l'enfance et l'Association pulmonaire du Canada. ♣

L'ACSP lance le Portail sur les maladies infectieuses



Adonis Souloglou, directeur du marketing pour Reckitt Benckiser (Lysol) à Toronto, et Debra Lynkowski, chef de direction de l'ACSP, lancent officiellement le Portail sur les maladies infectieuses lors de la plénière de clôture de la conférence annuelle de l'ACSP en septembre dernier à Ottawa.

L'Association canadienne de santé publique (ACSP), en partenariat avec Reckitt Benckiser, fabricants des produits Lysol, a lancé son nouveau Portail sur les maladies infectieuses, malinfectieuses.cpha.ca, pendant sa conférence annuelle à Ottawa en septembre.

Ce portail riche en informations donne accès à une foule de ressources sur la détection, la prise en charge et la prévention des maladies, notamment :

- Quelques gestes simples, une brochure d'information sur l'entretien d'une maison saine
- Des affiches sur l'immunisation et des ressources sur la saison grippale
- Des outils de planification de la lutte contre les pandémies
- Des carnets, des affiches et des listes de pratiques exemplaires sur le VIH et le sida

On y trouve aussi de précieux renseignements extraits des divers projets et services de l'ACSP : les Communications en cas de pandémie, l'État de préparation des soins de santé primaires à une pandémie d'influenza, le Centre canadien d'information sur le VIH/sida, la Coalition canadienne pour la sensibilisation et la promotion de la vaccination, le Cours sur la détection et l'intervention précoces à l'intention des professionnels de la santé, et plus encore. ♣

Ressources d'Environnement Canada sur la pollution

La S et T au service des Canadiens raconte comment Environnement Canada a réussi à offrir des avantages environnementaux, sociaux et économiques concrets aux Canadiens. Ses histoires montrent comment la S-T a eu une incidence sur le processus décisionnel dans le domaine de l'environnement, par exemple, en appuyant un règlement, une ligne directrice, une stratégie, une politique, un programme, une initiative ou une décision relative à la gestion. L'article *Assainir l'air des villes canadiennes* présente une technologie pour réduire les émissions de polluants atmosphériques qui nuisent grandement à la santé humaine. L'article *Une pollution héritée en Nouvelle-Écosse – Évaluer les risques, prendre des mesures* est l'histoire de la gestion des risques pour la santé publique associés à la pollution par le mercure des mines d'or abandonnées. Ces articles sont disponibles intégralement à l'adresse : http://www.ec.gc.ca/scitech/default.asp?lang=Fr&n=D711630F.

Pour de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec :

Karl Schaefer
Division de la liaison en sciences et technologie
Environnement Canada
Tél. : 905-336-4884
Téléc. : 905-336-4420
Courriel : karl.schaefer@ec.gc.ca ♣

COIN *des étudiants*

Bienvenue à l'article inaugural du Coin des étudiants de *Sélection Santé ACSP*. Je m'appelle Colleen Davison et je suis la représentante actuelle des étudiants au conseil d'administration de l'ACSP. J'ai le privilège d'être la première étudiante à écrire dans cette section de *Sélection Santé*, où les étudiants et les résidents aborderont des sujets d'intérêt pour les personnes qui prennent part à la formation en santé publique.

Dans le cadre de ma contribution, je voulais souligner la récente reprise de l'ACSP en ce qui a trait aux étudiants et certaines des façons dont l'Association offre des services aux stagiaires en santé publique. En créant un poste particulier au sein de son conseil d'administration, l'ACSP a indiqué un intérêt croissant pour ce qui est d'appuyer les étudiants et les résidents et d'engager les stagiaires du domaine de la santé publique (et leurs formateurs!) à l'égard du travail de l'organisme. Jusqu'ici, on a réalisé d'importants progrès :

- On a mis sur pied un groupe de travail étudiant (à l'origine, un comité spécial étudiant) pour conseiller le conseil sur des questions liées aux étudiants et pour faire progresser leurs idées et projets;
- On a établi un programme de bourses de voyage pour les étudiants à plein temps dont les résumés ont été choisis pour la conférence annuelle;
- Les étudiants de l'ACSP étaient des examinateurs de résumés pour la conférence annuelle et le comité de planification de la conférence compte maintenant un poste étudiant permanent;
- Encore une fois cette année, on a décerné des prix étudiants pour la conférence, lesquels seront d'ailleurs également décernés dans la cadre de la conférence mondiale de l'Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé, à Vancouver;
- Certaines activités spéciales ont eu lieu lors de la conférence annuelle, y compris :
  - un atelier sur les stratégies relatives aux demandes de bourses de recherche pour les nouveaux chercheurs en santé publique;
  - le déjeuner de remise des prix de l'ACSP;
  - un déjeuner étudiant organisé par les partenaires de la conférence.
- Maintenant, nous venons tout juste de créer le Coin des étudiants dans *Sélection Santé ACSP*!

Évidemment, nous sommes satisfaits des progrès réalisés jusqu'ici et avons de nombreux plans pour l'avenir! L'an dernier, le nombre de membres étudiants de l'ACSP a augmenté de 19 p. 100. Si vous souhaitez devenir membre étudiant ou membre régulier, prière de consulter le site http://www.cpha.ca/fr/default.aspx.

Les éditeurs du Coin des étudiants se sont déjà portés volontaires et planifient les articles des quatre prochaines éditions de *Sélection Santé*, alors surveillez cette rubrique! Si vous êtes un étudiant ou un résident en formation intéressé à devenir éditeur, à fournir des idées d'articles ou à participer davantage aux activités de l'ACSP, ou si vous connaissez quelqu'un qui pourrait l'être, communiquez avec moi ou dites-leur d'en faire autant.

Mes amitiés à tous, particulièrement à ceux et celles en formation en santé publique!

Colleen Davison, Candidate au doctorat et boursière Trudeau
Université de Calgary, cmdaviso@ucalgary.ca

À venir

Association canadienne de santé publique
Conférence annuelle 2008
La santé publique au Canada : Vers une réduction des inégalités en santé par la recherche et l'action
Du 1er au 4 juin 2008, Halifax (Nouvelle-Écosse)
Contacter :Services de conférence de l'ACSP
Courriel : conference@cpha.ca
www.cpha.ca

5e Conférence mondiale sur le cancer du sein
Heart, Soul, & Science:"It's a Small World After All"
Du 4 au 8 juin 2008, Winnipeg (Manitoba)
Contacter : Téléphone : 204-480-4588
Courriel : mail@wcbcf.ca
www.wcbcf.ca

DEMANDE DE COMMUNICATIONS
18th World Conference on Disaster Management
Resiliency – Individual, Community, Business
Canadian Centre for Emergency Preparedness
Du 15 au 18 juin 2008, Toronto (Ontario)
Contacter : www.wcdm.org
Date limite pour la présentation des résumés : le 2 décembre 2007

International Nursing Research Conference
Facing the Challenge of Health Care Systems in Transition
Du 29 juin au 3 juillet 2008, Jérusalem (Israël)
Contacter : Diesenhaus Unitours – Convention Department
Téléphone : 972-3-5651313
Télécopieur : 972-3-5610152
Courriel : meetings@diesenhaus.com
www.d-convention.com/israelnursing

Beyond the Horizon
74e Conférence annuelle d'éducation de l'Institut canadien des inspecteurs en santé publique (CIPHI)
Du 20 au 23 juillet 2008, St. John's (Terre-Neuve)
Contacter : www.ciphi.ca/events.htm

29ème APS, Congrès international de la santé au travail
La santé au travail : un droit fondamental – un atout pour la société
Du 22 au 27 mars 2009, Cape Town (Afrique du Sud)
Contacter : Secrétariat de congrès
Téléphone : +27(0)21-938-9238/9245/9082/9651
Télécopieur : +27(0)21 933 2649
Courriel : admin@icoh2009.co.za
www.icoh2009.co.za

Programme des prix, de la première page...

sanitaire et l'autre en sciences appliquées. Dans ses fonctions de médecin-hygiéniste de la circonscription sanitaire de l'Est de l'Ontario, Dr Bourdeau est connu pour sa défense vigoureuse des modes de vie sains, surtout la lutte contre le tabagisme, et pour la priorité qu'il accorde à la santé des nourrissons et des enfants.

Mary Bush
Certificat du mérite
Mary Bush est directrice générale du Bureau de la politique et de la promotion de la nutrition à la Direction générale des produits de santé et des aliments de Santé Canada. Avant d'occuper son poste actuel, Mme Bush a dirigé, de mars 1998 à octobre 2000, l'examen stratégique du gouvernement sur l'étiquetage nutritionnel. Ce travail était un important élément de la mise en œuvre par Santé Canada du plan d'action canadien en matière de nutrition, La nutrition pour un virage santé : voies d'action.

Margaret Hilson
Prix international de l'ACSP
Margaret Hilson a amorcé une carrière en santé internationale en Inde en 1968 en tant qu'infirmière monitrice en santé communautaire pour CUSO. Mme Hilson s'est jointe à l'ACSP en 1985. Au cours des 20 années suivantes, elle a dirigé les Programmes de santé mondiale de l'Association, qui sont passés sous sa gouverne d'une poignée de projets à un vaste ensemble d'actions, de programmes et de politiques qui exercent aujourd'hui une influence majeure dans le monde.

Kate Bassil
Prix des étudiants Dr John Hastings
Kate Bassil est aspirante au doctorat au programme d'épidémiologie du Département des sciences de la santé publique de l'Université de Toronto. Sa thèse de doctorat portera sur l'élaboration d'un système de surveillance syndromique des maladies liées à la chaleur à partir des données du service de répartition des ambulances de Toronto. Mme Bassil s'intéresse particulièrement aux applications de la géospatiale aux problèmes de santé publique; ses travaux de recherche s'articulent autour d'analyses géospatiales visant à repérer l'emplacement géographique des appels au 911 concernant des maladies liées à la chaleur, pour que l'on puisse intervenir directement auprès des populations vulnérables dans ces secteurs.

Prix des étudiants en santé publique et des populations
Ce programme de prix vise à reconnaître l'excellence au sein de la prochaine génération de chercheurs, de décideurs et de praticiens en santé publique et des populations.

Niveau de la maîtrise
- Mme Shira Goldenberg, Université de la Colombie-Britannique
- Mme Katrina Plamondon, Université de la Saskatchewan

Niveau du doctorat
- M. Randall Fransoo, Université du Manitoba
- Mme Laura Rosella, Université de Toronto

Maureen Dobbins
Prix des ressources humaines dans le secteur de la santé publique (décerné à une personne)
Maureen Dobbins s'est jointe à l'École des sciences infirmières de l'Université McMaster comme chargée d'enseignement en 1999; elle s'est récemment vu accorder la permanence et a été promue professeure agrégée le 1er juillet 2006. Elle occupe les mêmes fonctions à l'École des sciences de la réadaptation et travaille également au Service de santé publique de la Ville de Hamilton. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario lui a décerné une bourse de carrière en recherche de cinq ans.

Institut national de santé publique du Québec
Prix des ressources humaines dans le secteur de la santé publique (décerné à un organisme)
L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) est un organisme gouvernemental créé en 1998 pour améliorer la coordination, le développement et l'utilisation de l'expertise en santé publique. L'INSPQ a été le premier organisme de santé publique au Canada à recevoir un mandat légiféré d'éducation à la santé publique. Le développement des compétences et de l'expertise en santé publique est un aspect qui se retrouve dans toutes les activités de l'Institut. L'INSPQ contribue à l'élaboration et à la mise en œuvre de programmes de formation continue de haute qualité à l'intention des professionnels de la santé publique du Québec et soutient les francophones qui travaillent ailleurs au Canada et à l'étranger.

Nouvelles du Réseau sur la saine alimentation

De l'information relative au Guide alimentaire canadien 2007 et aux processus entrepris pour en faire la révision est disponible sur le site suivant : http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/food-guide-aliment/context/index_f.html. De plus, on a publié deux documents scientifiques sur le sujet : Bush et al., « Eating Well with Canada's Food Guide : "A Tool for the Times" », *Can J Dietetic Practice and Research*, 68, 2007, 92-96; Katamay et al., « Eating Well with Canada's Food Guide (2007): Development of the Food Intake Pattern ». *Nutrition Reviews*, 65, 2007, 155-66. On peut consulter ces documents en français à l'adresse suivante : http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/alt_formats/ hpfb-dgpsa/pdf/pubs/fd_int_pat-ela_mod_alim_f.pdf.

Les conclusions de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes sont mises à la disposition du public à l'adresse suivante : http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/surveill/nutrition/commun/index_e.html. Un des récents rapports de l'Enquête, disponibles à l'adresse http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/alt_formats/hpfb-dgpsa/pdf/surveill/income_food_ sec-sec_alim_f.pdf, porte sur la sécurité alimentaire liée au revenu dans les ménages canadiens.

L'ACSP désire remercier ses membres bénévoles qui la représentent au Réseau sur la saine alimentation, soit Mme Irene Strychar, professeure au Département de nutrition, de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal, et Mme Marie-Ève Lavoie, représentante étudiante de l'ACSP.

Présentation des ASP partenaires du PRASP sur le rôle de la société civile en santé publique

Le thème de la séance sur la santé mondiale, mettant en évidence les efforts des partenaires et diplômés du Programme de renforcement des associations de santé publique (PRASP), était *Santé mondiale – Établissement d'une capacité de la santé publique pour une réaction efficace de la collectivité*. Les membres du groupe d'experts comprenaient le Dr Mathias Somé, représentant l'*Association burkinabè de santé publique* (ABSP) du Burkina Faso, M. Federico Paredes, président de l'*Asociación Costarricense de Salud Pública* (ACOSAP) du Costa Rica, Mme Hélène Valentini, de l'*Institut de santé publique du Québec* (INSPQ), ainsi que M. James Chauvin, directeur des Programmes de santé mondiale de l'ACSP; ce dernier a agi à titre de modérateur.

M. Paredes a parlé de l'étroite collaboration entre l'ACOSAP et le ministère costaricain de la Santé (MS). L'ACOSAP a le statut de conseiller auprès du MS. Elle est la voix des professionnels de la santé et de la société civile en ce qui concerne les questions de santé publique. Pour le MS, l'ACOSAP est un moyen permettant d'aborder les questions de santé et d'en débattre dans un forum non officiel. Le MS en est venu à se fier à l'ACOSAP pour diffuser l'information sur les questions de santé publique par l'entremise de sa publication (*Revista Costarricense de Salud Pública*). De nombreuses activités de l'ACOSAP misent sur la collaboration du ministère, comme les travaux de l'organisme relatifs à la fourniture d'accréditations professionnelles, la direction de la campagne contre le tabagisme et la promotion de l'adoption et de la mise en œuvre de la Convention-cadre pour la lutte antitabac.

Le Dr Somé a décrit le rôle de l'ABSP comme étant un rôle de coordination entre les principaux acteurs du gouvernement, les professionnels de la santé et le grand public. Il a expliqué que les activités de l'ABSP permettent à divers acteurs d'apprendre et de comprendre qu'il existe des solutions et que l'ABSP peut contribuer à résoudre les questions de santé publique au moyen de recherches opérationnelles, de promotion et de mobilisation sociale, ainsi qu'en faisant la promotion de la sensibilisation. Il a indiqué que certains des récents travaux ont permis à l'association d'accroître son profil à l'échelle nationale, mais elle a besoin d'un financement adéquat pour maintenir sa visibilité et sa crédibilité. Parmi les questions sur lesquelles l'ABSP se penche, soulignons : l'accès à des soins obstétricaux dans les hôpitaux publics, la vaccination des enfants, les services de prévention du VIH/sida et la recherche sur l'usage du tabac.

Les présentateurs, de gauche à droite : James Chauvin (ACSP), Federico Paredes (ACOSAP), Hélène Valentini (INSPQ) et Mathias Somé (ABSP).

Lors de sa présentation, Mme Valentini a résumé certains des rôles que doivent assumer les ASP aujourd'hui de même que certains des défis qu'ils doivent relever :

- les ASP doivent s'adapter et se redéfinir parmi les contextes changeants sur le plan politique, économique et de la santé;
- les ASP doivent constamment prouver leur crédibilité parmi le gouvernement, les professionnels de la santé et le grand public;
- les ASP doivent prendre soin de conserver leur indépendance tout en gérant les conflits à l'égard de diverses questions de santé qui surviennent parmi les acteurs en santé publique et, dans la mesure du possible, de faire preuve d'objectivité;
- les ASP doivent être en mesure de mobiliser la société civile au moyen d'activités de soutien et stimulantes;
- les ASP doivent maintenir une composition dynamique et croissante;
- les ASP éprouvent constamment des difficultés à obtenir une certaine sécurité financière.

Hélène Valentini (INSPQ) effectue une présentation sur le rôle des ASP en tant que voix de la société civile et mobilisateur communautaire.

Tous les présentateurs s'entendaient pour dire que les ASP doivent œuvrer à l'intérieur d'un cadre d'action coordonnée avec le gouvernement (les décideurs), les professionnels de la santé et le grand public afin d'avoir des réponses communautaires. Bien que les ASP doivent maintenir une voix indépendante forte, on leur rappelle constamment l'équilibre délicat entre le statut de défenseurs de la société civile en ce qui concerne des questions de santé publique et le besoin d'entretenir des relations de travail amicales avec le gouvernement, lequel, dans bien des cas, fournit un soutien matériel aux ASP. Cela nécessite une grande prudence et beaucoup de diplomatie, car il ne faut pas « mordre (ou mordre trop fort) la main qui nous nourrit ».

Délégation sud-africaine

Acquisition de compétences communautaires en réponse au VIH et au sida

Depuis 1990, l'Association canadienne de santé publique (ACSP), par l'entremise d'une contribution de l'Agence canadienne de développement international (ACDI), appuie un projet qui renforce la capacité des organismes communautaires à lutter contre la pandémie de VIH. Depuis 2003, le projet a été transformé pour devenir un organisme africain indépendant appelé Programme de formation sur le sida en Afrique australe (SAT). À ce jour, le SAT a appuyé plus de 250 mesures communautaires de lutte contre le VIH et le sida au moyen de partenariats étroits avec des groupes communautaires en Afrique du Sud. L'objectif global du SAT est de permettre aux collectivités d'acquérir des compétences pour élaborer et gérer des mesures efficaces, appropriées et durables en réponse au VIH et au sida. On y parvient par l'entremise de partenariats, de la gestion de bourses, de mécanismes de constitution de réseaux, d'échange de compétences et de partage de leçons. Les activités de financement et de renforcement des compétences du SAT appuient le renforcement des capacités des partenaires.

Actuellement, le SAT appuie 122 partenaires nationaux et 2 partenaires régionaux dans cinq pays (Tanzanie, Malawi, Zambie, Zimbabwe et Mozambique). Grâce à l'acquisition de compétences communautaires en réponse au VIH et au sida, on a constaté d'importants changements chez les partenaires en ce qui concerne la croissance et la gestion. Le SAT a aidé des organismes communautaires à émerger et à devenir compétents et durables en matière de VIH et de sida. Par l'intermédiaire de ses partenaires, le SAT a touché environ 348 436 enfants affectés par le VIH et le sida, et environ 44 641 personnes vivant avec le VIH et le sida. En outre, le SAT a donné des conseils et de l'orientation (counselling) à 77 130 clients. Le SAT est lui-même devenu un organisme régional indépendant solide et continue de croître pour appuyer l'acquisition de compétences en réponse au VIH et au sida.

Du 14 au 20 septembre 2007, l'ACSP a accueilli 9 délégués sud-africains venus au Canada pour engager le public et promouvoir le Southern African AIDS Trust. Ils ont effectué une présentation lors de deux événements : la séance préalable à la conférence de l'ACSP à Ottawa, et un forum public à Toronto. Les praticiens, les universitaires, les étudiants et d'autres organismes non communautaires ont assisté en grand nombre à ces événements. De plus, les membres de la délégation ont pris part à des discussions avec la Société canadienne du sida et ses membres d'Ottawa ainsi qu'avec des organismes de services aux sidéens desservant les collectivités africaines et des Caraïbes de Toronto. Les discussions ont permis de voir que les organismes de services aux sidéens du nord et du sud doivent relever les mêmes défis en termes de mobilisation des ressources, de financement, de gestion des ressources humaines ainsi que de stigmatisation et de discrimination. Les groupes ont échangé certaines idées novatrices pour accroître leurs activités, par exemple l'*Opération Spray-Net*, menée par Santé publique Ottawa, laquelle travaille avec les salons de coiffure et les salons de barbiers pour leur permettre d'éduquer leurs clients sur le VIH et le sida. Il s'agirait là d'un bon modèle à adopter en Afrique du Sud, où un grand nombre de femmes échangent et passent du temps dans les salons de coiffure. En plus de ces forums publics, le SAT a rencontré individuellement divers organismes, dont la Stephen Lewis Foundation et certains établissements d'enseignement, dans le but d'établir des partenariats stratégiques visant à promouvoir les programmes du SAT et à renforcer sa recherche opérationnelle.

M. Masimira (Zimbabwe), sœur Kapapa (Zambie) et M. Tembo (Zimbabwe) écoutent une présentation d'un autre partenaire du SAT lors de la séance préalable à la conférence de l'ACSP à Ottawa.

Durant leurs présentations, les délégués ont partagé certaines leçons et expériences notables. Sœur Kapapa, du Monze Mission Hospital, a raconté son histoire entourant la fourniture de traitements antirétroviraux (TAR) et son incidence dans le district de Monze, en Zambie. Elle a affirmé que les TAR fonctionnent et qu'ils ont non seulement allégé le fardeau des soins des personnes qui vivent avec le virus, mais également prolongé la vie et réduit le taux de mortalité. Elle a cependant formulé une mise en garde relativement au fait que les clients respectent moins le traitement au fur et à mesure où leur santé s'améliore. Elle a également insisté sur le besoin d'aborder les questions liées aux soins des orphelins et à leur soutien. Le projet Batsinarai, présenté par M. Francis Tembo,

...*voir Délégation sud-africaine, à la page 12*

Initiative canadienne d'immunisation internationale Phase 2 (ICII-2)
Projet d'immunisation de l'ACSP – Volets relatifs à l'aide technique et à la sensibilisation

Campagne intégrée d'immunisation contre la rougeole dans la République démocratique populaire lao

par Jill Eyolfson
Conseillère ICII-2, STOP 25, de mai à août 2007

Je suis honorée d'avoir été choisie comme conseillère canadienne pour me joindre à l'équipe STOP 25 (« STOP à la transmission de la polio ») pour une période de 3 mois, de mai à août. STOP est un programme mondial qui appuie l'OMS, le CDC et l'ACSP, en envoyant des conseillers à court terme dans une variété de localités pour aider à contrôler, à éliminer et à éradiquer tout d'abord la polio, et maintenant la rougeole. Il s'agit de postes bénévoles et les conseillers choisis restent en poste durant 12 semaines. Avant de se rendre dans leur pays d'affectation, les conseillers, qui proviennent de partout au monde, se rendent tout d'abord au CDC (Atlanta) où ils suivent une formation approfondie de deux semaines.

Quatre membres de l'équipe – deux du Canada, un du Pakistan et un du Kenya – ont été choisis pour aller dans la République démocratique populaire lao pour offrir conjointement avec le ministère de la Santé, un soutien à l'échelle provinciale et au niveau des districts relativement au processus de microplanification, en préparation à la Campagne intégrée d'immunisation contre la rougeole qui a eu lieu du 12 au 18 novembre 2007.

La rougeole est pratiquement inconnue au Canada, et pourtant, elle est responsable de 48 p. 100 des décès d'enfants à l'échelle mondiale, en grande partie dans les pays en développement. De plus, cette maladie est une bonne candidate pour l'éradication. Le virus est stable et, contrairement au virus grippal, lequel évolue constamment, l'infection à la rougeole confère une immunité à vie. Les vaccins disponibles sont sûrs, efficaces et peu coûteux, et la transmission est interrompue lorsque 95 p. 100 des enfants reçoivent 2 doses de ce vaccin.

Au Canada, nous avons atteint cette couverture vaccinale grâce à nos services d'immunisation systématique. Au Laos, seulement 50 p. 100 des enfants ont reçu une dose; il existe donc le besoin d'une activité nationale d'immunisation supplémentaire. Au début de 2007, on a signalé des épidémies de rougeole dans les provinces du centre et du nord de la République démocratique populaire lao, entraînant la mort de nombreux enfants.

Notre équipe était le premier groupe de conseillers internationaux à travailler à l'échelle provinciale et au niveau des districts. L'équipe STOP a été divisée et répartie dans différentes régions du pays. En ce qui me concerne, on m'a affectée aux provinces centrales, particulièrement le Vientiane et le Bolikamxia. Étant donné que tous les conseillers précédents avaient œuvré à l'échelle nationale, le premier défi que nous avons dû relever consistait à gagner la confiance du personnel provincial du Programme élargi de vaccination (PEV). Notre principal accomplissement est d'avoir agi à titre de liaison entre les programmes nationaux et provinciaux. Nous avons été à même de constater que le personnel régional travaille très fort et connaît bien ses programmes et qu'il savait quels seraient les obstacles à la campagne.

Photo : Jill Eyolfson

Collègue canadienne de l'équipe STOP 25, Karey Raybould, avec des enfants laotiens.

L'objectif de l'activité nationale d'immunisation supplémentaire était d'immuniser 95 p. 100 des enfants âgés de neuf mois à 15 ans. Pour déterminer l'emplacement des populations cibles, les populations difficiles à joindre et les ressources nécessaires pour les joindre, nous avons eu recours à la microplanification. Les populations difficiles à joindre sont souvent les plus importantes. Le Laos est un pays montagneux et dans l'un des districts que j'ai visité, on m'a parlé d'un village où, pour s'y rendre, les responsables de la vaccination devaient marcher pendant six heures et être accompagnés d'une escorte militaire. Le vaccin contre la rougeole est sensible à la chaleur; une fois exposé à la chaleur, il perd son antigénicité en quelques heures. En plus du défi que représentent les villages dont l'accès est limité, seulement 20 p. 100 des centres de santé du Laos ont des moyens de réfrigération.

De plus, les régions isolées sont souvent celles où les gens ignorent la valeur du vaccin; il est donc nécessaire d'accroître la sensibilisation et la mobilisation sociale et de créer une demande concernant le vaccin. Si les parents ne voient pas le besoin de faire vacciner les enfants, ils ne les amèneront pas, et ce, même si le centre de vaccination se trouve à leur porte.

La chaîne du froid et la mobilisation sociale sont les deux défis que nous considérons comme essentiels à relever pour assurer le succès ultime de la campagne. Il s'agit des deux défis pour lesquels nous avons insisté auprès du ministère de la Santé, de l'OMS et d'UNICEF.

Mon expérience en pays étranger n'a certainement pas été sans défis. On parle peu l'anglais, particulièrement dans les régions éloignées/isolées, et dans une ville particulière, je commandais mes repas à l'aide de mon dictionnaire. Je n'ai jamais eu faim, mais souvent les repas étaient une surprise! J'ai également découvert que le mot universel pour « arrêtez l'autobus » était *whoa* dit haut et clair. Les gens de la République démocratique populaire lao étaient très amicaux et obligeants, ce qui a grandement contribué à faire de cette mission une expérience extraordinaire. Si seulement j'avais pu y retourner pour la campagne actuelle – juste pour voir les résultats!

Mme Eyolfson est infirmière en santé publique et coordonnatrice des maladies transmissibles à la régie régionale de la santé de Heartland, en Saskatchewan.

Margaret Hilson reçoit le prix international 2007 de l'ACSP

Ron de Burger, président de l'ACSP, remet le prix international 2007 de l'ACSP à Margaret Hilson, ancienne directrice des Programmes de santé mondiale de l'ACSP.

Délégation sud-africaine, de la page 10...

utilise le concept « tous ensemble » pour mobiliser les collectivités en vue d'aborder les questions des orphelins et des enfants vulnérables au Zimbabwe. Par l'entremise de la participation communautaire active, y compris celle des enfants eux-mêmes, le projet fournit un soutien pédagogique, un soutien psychosocial et de la nourriture aux enfants vulnérables. En Mozambique, pays ravagé par la guerre civile, le manque d'infrastructure de santé rend presque impossibles les traitements antirétroviraux. Le Mozambican Access to Treatment Movement (MATRAM) a formé une coalition pour faire pression sur le gouvernement afin que les personnes vivant avec le VIH et le sida aient accès à des traitements. Des traitements sont maintenant disponibles et deviennent rapidement plus nombreux, et le MATRAM veille à ce que le gouvernement continue d'en fournir. Le MATRAM met également l'accent sur l'accroissement des connaissances relatives aux traitements en Mozambique. Dans le sud du Malawi, Friends of AIDS Support Trust (FAST) fait participer les exploitants mâles de vélotaxis à la lutte contre le VIH et le sida en leur permettant d'éduquer les autres et à changer leur propre comportement. Midlands AIDS Service Organization (MASO) est un partenaire récemment « émancipé » du SAT; l'organisme a partagé son point de vue sur le processus d'« émancipation » et le soutien qu'il a reçu du SAT en termes de bourses et de capacité. Aujourd'hui, MASO est le deuxième organisme de services aux sidéens en importance au Zimbabwe, lequel œuvre dans un climat socioéconomique et politique national qui pose des défis. MASO a développé ses compétences en matière de VIH et de sida, a accru ses aptitudes relatives à la préparation de propositions et a diversifié son portefeuille de financement. L'organisme appuie et encadre maintenant d'autres petits organismes.

Le SAT permet aux collectivités de développer leurs aptitudes et leurs capacités à lutter contre le VIH et le sida et accroît leur compétence. L'ACSP est fière d'avoir contribué de façon durable et positive à l'appui du SAT et de ses objectifs. L'ACSP a apporté une importante contribution à la création d'un organisme régional africain non gouvernemental pertinent et durable qui répond aux besoins de ses collectivités. C'est l'exemple de la réussite et le sens réel du développement et de la durabilité où l'aide a eu, et continuera d'avoir, une incidence durable. ♣

Équipe des Programmes de santé mondiale de l'ACSP en septembre 2007
De gauche à droite : *Debra Lynkowski, chef de direction de l'ACSP; Manjula Alles, agent de projet/PRASP; Nole Novakovic, agent d'administration de projet/Projet des associations de santé publique dans les Balkans; Helena Monteiro, coordonatrice/action intersectorielle pour la santé (Brésil); Sejdefa Sokolija, agente de projet en santé publique/Projet des associations de santé publique dans les Balkans; Lynne Gibbons, adjointe de projet/ICII-2; Pauline Kirkwood, adjointe de projet/Projet des associations de santé publique dans les Balkans; Catherine Molina, adjointe de projet/PRASP; Barbara Kruger, adjointe de projet/compétences communautaires en réponse au VIH en Afrique du Sud; Gaby Jabbour, coordonateur/ICII-2; Geza Radu, directeur/Projet des associations de santé publique dans les Balkans; Violette Pedneault, directrice/PRASP; Jim Chauvin, directeur/Programmes de santé mondiale; Meriam Abdul-Messih, agente de projet/ICII-2.* ***Assis, de gauche à droite :*** *Tariq Bhanjee, coordonateur/compétences communautaires en réponse au VIH en Afrique du Sud; et Stela Stojisavljevic, agente de projet en santé publique/Projet des associations de santé publique dans les Balkans.* ♣

Agence canadienne de développement international | Canadian International Development Agency | Canada

« Partenaires autour du monde » réalisé avec l'appui financier du gouvernement du Canada agissant par l'entremise de l'Agence canadienne de développement international (ACDI).